

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,
Volumen 9, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6

LUXACIÓN SUBTALAR MEDIAL: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. REPORTE DE CASO

**MEDIAL SUBTALAR DISLOCATION: A DIAGNOSTIC
AND THERAPEUTIC CHALLENGE. CASE REPORT**

Antonio María Zumaqué-Carrascal

Universidad del Sinú. Facultad de Medicina, Montería. Colombia.

Jesus David Ramos Carvajal

Hospital de Trauma Federico Abete – Buenos Aires (Argentina)

Luz Estefany Aguado Torrez

Universidad del Sinú. Facultad de Medicina, Montería. Colombia.

Aiman Elías Numa Almanyá

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina, Bogotá. Colombia.

Juan Fernando Maza Padilla

Universidad del Sinú. Facultad de Medicina, Montería. Colombia.

Luxación subtalar medial: un reto diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso

Antonio María Zumaqué-Carrascal¹

antoniozumaquec@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3282-8000>

Universidad del Sinú. Facultad de Medicina,
Montería. Colombia.

Jesús David Ramos Carvajal

Jedcvramos@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0677-5152>

Hospital de Trauma Federico Abete – Buenos
Aires (Argentina)

Luz Estefany Aguado Torrez

estefanyaguadotorrez@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-9309-185X>

Universidad del Sinú. Facultad de Medicina,
Montería. Colombia.

Aiman Elías Numa Almanya

aymannuma@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5949-8558>

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud.
Faculta de Medicina, Bogotá. Colombia.

Juan Fernando Maza Padilla

Juanfmazapadilla@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-9272-0215>

Universidad del Sinú. Facultad de Medicina,
Montería. Colombia.

RESUMEN

Introducción: La luxación subtalar medial es una lesión poco frecuente, que representa menos del 1 % de todas las luxaciones traumáticas del pie. La literatura sugiere con frecuencia la reducción abierta. Este caso es relevante ya que demuestra un manejo conservador exitoso, ofreciendo respaldo clínico a enfoques no quirúrgicos. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 17 años, oriundo de Buenos Aires, Argentina, fue atendido en un hospital de tercer nivel tras una caída desde su propia altura. Presentó dolor intenso, deformidad y limitación funcional del pie derecho. El examen físico reveló edema, asimetría, dolor a la palpación, pulsos pedios dorsales conservados y sensibilidad intacta. Las radiografías mostraron una luxación subtalar medial sin fracturas asociadas, confirmada mediante tomografía computada post-reducción. Se realizó una reducción cerrada bajo sedación intravenosa y analgesia, seguida de inmovilización con una férula posterior corta durante seis semanas y rehabilitación progresiva. Al control a los tres meses, el paciente obtuvo un puntaje AOFAS de 96/100, marcha normal sin claudicación, movilidad conservada y ausencia de dolor. No se observaron complicaciones ni recurrencias. **Conclusión:** El diagnóstico precoz y la confirmación por imágenes permiten manejar de forma conservadora ciertas luxaciones subtalares mediales con resultados funcionales satisfactorios y sin complicaciones inmediatas.

Palabras clave (DeCS): Articulación Subtalar; Luxaciones; Tratamiento Conservador; Reducción Cerrada; Tomografía Computada.

¹ Autor principal

Correspondencia: antoniozumaquec@gmail.com

Medial subtalar dislocation: A diagnostic and therapeutic challenge. Case report

ABSTRACT

Introduction: Medial subtalar dislocation is a rare injury, accounting for less than 1% of all traumatic foot dislocations. Literature frequently suggests open reduction. This case is relevant as it demonstrates successful conservative management, offering clinical support for non-surgical approaches. **Case Presentation:** A 17-year-old male from Buenos Aires, Argentina, was treated at a tertiary care hospital after a fall from standing height. He presented with intense pain, deformity, and functional limitation of the right foot. Physical examination revealed edema, asymmetry, tenderness, preserved dorsalis pedis pulses, and intact sensation. Radiographs showed a medial subtalar dislocation without associated fractures, confirmed by post-reduction CT scan. Closed reduction was performed under intravenous sedation and analgesia, followed by immobilization with a posterior short-leg splint for six weeks and progressive rehabilitation. At the three-month follow-up, the patient achieved an AOFAS score of 96/100, normal gait without limping, preserved range of motion, and absence of pain. No complications or recurrences were observed. **Conclusion:** Early diagnosis and imaging confirmation allow certain medial subtalar dislocations to be managed conservatively, with satisfactory functional outcomes and no immediate complications. This case underscores the importance of early evaluation and radiological follow-up to optimize prognosis.

Keywords (MeSH): Subtalar Joint; Dislocations; Conservative Treatment; Closed Reduction; Tomography, X-Ray Computed.

Artículo recibido 30 noviembre 2025
Aceptado para publicación: 30 diciembre 2025



INTRODUCCIÓN

Las luxaciones subtalares, una entidad clínica rara (<2% de todas las luxaciones), se clasifican según la dirección del desplazamiento¹: mediales (68.1%): asociadas a inversión forzada en flexión plantar, con ruptura del complejo ligamentario lateral y menor tasa de complicaciones¹, laterales (27.7%) vinculadas a eversión violenta, presentan mayor complejidad por incarceration del tendón tibial posterior (41.8%) y necesidad de reducción abierta (48.2%)^{1,2}. Posteriores (2.3%) y anteriores (1.3%) son excepcionales, relacionadas con mecanismos axiales o hiperflexión dorsal, con escasos reportes en la literatura³.

La denominación “medial” describe la dirección del desplazamiento óseo en relación con el astrágalo, independientemente de la lateralidad del miembro afectado; por lo tanto, una luxación subtalar medial puede presentarse tanto en el pie derecho como en el izquierdo. La combinación de luxación subtalar medial en el pie derecho es poco frecuente, reportándose en menos del 5% de las series históricas⁴.

Debido a la rareza de esta lesión, parte de la información epidemiológica y de clasificación proviene de reportes y series clásicas publicadas hace más de 20 años^{2,3,5}, aún vigentes por su valor fundacional y la escasez de estudios recientes con similar nivel de evidencia. Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años con luxación subtalar medial derecha, tratado de manera conservadora mediante reducción cerrada e inmovilización, con desenlace funcional favorable.

Caso clínico

Hombre de 17 años, sin antecedentes patológicos, quirúrgicos ni familiares relevantes, que ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital de Trauma Federico Abete – Buenos Aires (Argentina), tras sufrir caída de su propia altura mientras deambulaba por terreno irregular al pisar una superficie inestable, lo que ocasionó una torsión brusca del pie derecho. Durante la caída, el pie quedó atrapado en flexión plantar extrema combinada con inversión forzada, generando un estrés rotacional medial a nivel del tobillo. Inmediatamente, el paciente refirió un chasquido audible seguido de dolor agudo e incapacidad para apoyar el pie derecho. No presentaba intervenciones ortopédicas previas ni lesiones en el mismo miembro.

El paciente se encontraba consciente, con signos vitales normales, refiriendo dolor intenso (escala visual análoga [EVA] 9/10) en el pie afectado, con limitación funcional, edema, deformidad y asimetría de miembros inferiores (Figura 1). La exploración neurovascular mostró pulsos pedios presentes y



simétricos, así como sensibilidad conservada. Fue valorado por el equipo de ortopedia y se le realizó una radiografía de tobillo y pie derecho que evidenció luxación subtalar medial sin fracturas visibles (Figura 2). No se presentaron dificultades diagnósticas, ya que los hallazgos clínicos y radiológicos fueron concluyentes.

Tras confirmar el diagnóstico de luxación, se implementa un protocolo de sedoanalgesia controlada por vía intravenosa, seguido de una maniobra de reducción cerrada mediante tracción y eversión cuidadosa, con lo cual se restableció la alineación articular y la congruencia anatómica. La evaluación posterior confirmó perfusión adecuada y sensibilidad preservada en el pie, sin indicios de afectación neurovascular. Se realizó radiografía de control para verificar la reducción y descartar compromiso óseo (Figura 3).

Se indicó la inmovilización con férula suropédica posterior y hospitalización para control analgésico y monitoreo de la perfusión podálica. Adicionalmente, se solicitó una tomografía computarizada (TC) con reconstrucción 3D (Figura 4), en la que se evidenció una adecuada relación de la articulación subtalar. El paciente permaneció hospitalizado durante 48 horas. No hubo cambios en el plan terapéutico durante el manejo.

La evolución ambulatoria favorable, sin complicaciones neurovasculares ni de tejidos blandos. A las 6 semanas se retira férula e inicia rehabilitación con carga progresiva asistida. A los 3 meses, la evaluación funcional mediante la escala American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) fue de 96 puntos, evidenciando pie indoloro, funcional y marcha sin claudicación. Rangos articulares: dorsiflexión 10°, flexión plantar 40°, inversión y eversión de 10°. Radiografías sin signos de recidiva ni cambios degenerativos (Altman grado 0). No se observaron signos clínicos de inestabilidad subtalar ni necrosis avascular del astrágalo. El paciente cumplió con todas las indicaciones de uso de férula y asistencia a rehabilitación, lo que fue verificado en controles clínicos. El pronóstico a corto plazo fue favorable.

Figura 1: Aspecto clínico del paciente en el ingreso al Servicio de Urgencias. **Fuente propia:** imágenes obtenidas durante la realización del estudio

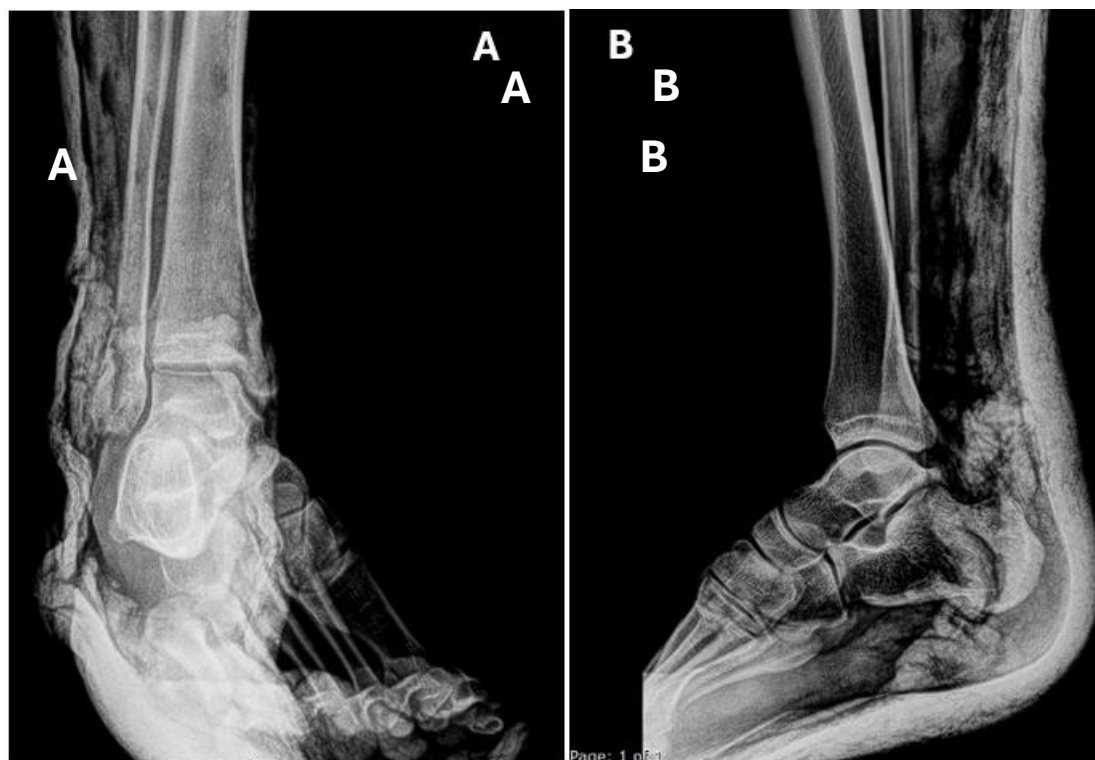


Figura 2: Radiografías de tobillo y pie que muestran luxación subtalar medial sin evidencia de lesiones ósea. A) Proyección oblicua o mortaja B) Proyección lateral.



Fuente propia: imágenes obtenidas durante la realización del estudio

Figura 3. Radiografía de cuello de pie para control post-reducción, que confirma la alineación anatómica de la articulación subtalar. A) Proyección anteroposterior. B) Proyección lateral.



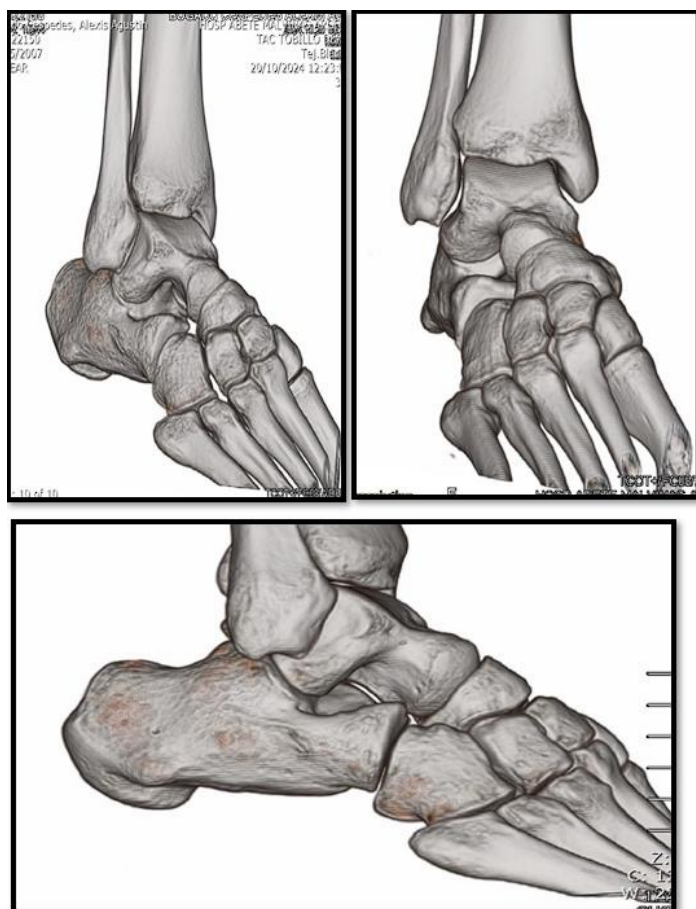
Fuente propia: imágenes obtenidas durante la realización del estudio

Figura 4. Corte axial que muestra adecuada relación de la articulación subtalar sin evidencia de fractura.



Fuente propia: imágenes obtenidas durante la realización del estudio

Figura 5. Reconstrucción en 3D la conservación estructural del astrágalo y sin evidencia de fractura.



Fuente propia: imágenes obtenidas durante la realización del estudio

DISCUSIÓN

La luxación subtalar medial sin fractura asociada constituye una lesión poco frecuente, que representa menos del 1% de todas las luxaciones traumáticas del pie. En el caso descrito, un paciente masculino de 17 años presentó la lesión tras un mecanismo de inversión forzada y flexión plantar secundaria a una caída desde su propia altura^{7,8}. Las radiografías iniciales no evidenciaron fracturas, hallazgo coherente con reportes que indican que entre el 15% y el 20% de estas lesiones no muestran alteraciones fracturarias en estudios básicos¹⁰. No obstante, la tomografía computarizada (TC) post-reducción fue determinante para confirmar la congruencia articular y descartar lesiones óseas ocultas, identificadas por TC en casos donde la radiografía fue insuficientemente sensible ($\approx 48\%$) en detectar fracturas asociadas a luxación subtalar^{9,11}.

A diferencia de la mayoría de las luxaciones laterales, que requieren reducción abierta en un alto porcentaje de casos², la lesión presentada se resolvió mediante reducción cerrada exitosa, respaldada por

tomografía computarizada post-reducción que confirmó la ausencia de interposición tisular y una alineación anatómica adecuada, evitando la necesidad de cirugía⁵. Este enfoque conservador subraya la importancia de la evaluación imagenológica temprana, incluso en lesiones aparentemente complejas⁶. En este caso, y a diferencia de la mayoría de lo reportado en la literatura, el manejo conservador fue suficiente para lograr una recuperación funcional completa, sin complicaciones inmediatas y con restitución de la movilidad articular.

El tratamiento implementado, consistente en reducción cerrada bajo sedación e inmovilización con férula suropédica durante seis semanas, permitió alcanzar excelentes resultados funcionales, evidenciados por una puntuación *American Orthopaedic Foot & Ankle Society* (AOFAS) de 96/100 a los tres meses. Este abordaje conservador ha demostrado, en diferentes series y reportes, resultados comparables, con recuperación completa y puntajes AOFAS elevados tras protocolos similares de inmovilización de 4 a 6 semanas, especialmente en casos sin fracturas asociadas^{12,13}, recomendándose además la realización de tomografía post-reducción para confirmar la congruencia articular y descartar lesiones ocultas¹⁴.

Aunque la inmovilización prolongada puede asociarse a rigidez articular en aproximadamente el 25% de los casos¹⁵, en este paciente la rehabilitación temprana evitó dicha complicación. Además, la preservación de la perfusión del astrágalo fue fundamental para disminuir el riesgo de necrosis avascular, complicación que se ha reportado en el 8–15% de los casos con luxaciones abiertas o reducción demorada¹⁷.

Entre las limitaciones de este reporte se encuentra el seguimiento a corto plazo (tres meses), lo que no permite descartar la aparición de complicaciones degenerativas como la artrosis subtalar; series con seguimiento prolongado (10 años en promedio) han informado hallazgos radiográficos degenerativos en hasta el 45 % de los pacientes, asociados con restricciones funcionales¹⁶. Asimismo, al tratarse de un caso aislado, la extrapolación de los resultados debe interpretarse con cautela.

La estabilidad articular post-reducción, indicativa de la integridad del ligamento interóseo talocalcáneo (ITCL), es clave para un buen pronóstico, como demostraron estudios biomecánicos de Tochigi et al¹⁸. En conjunto, estos hallazgos respaldan el uso del manejo conservador en luxaciones subtalares mediales

sin fracturas desplazadas y enfatizan la necesidad de protocolos estandarizados y seguimiento prolongado para detectar complicaciones.

CONCLUSIÓN

El presente caso demuestra que la luxación subtalar medial pura sin fractura asociada, incluso tras un traumatismo de baja energía, puede tratarse eficazmente con manejo conservador (reducción cerrada, inmovilización y rehabilitación temprana), obteniéndose excelentes resultados funcionales a corto plazo. Sin embargo, dada la posible aparición de complicaciones degenerativas a largo plazo, es imprescindible realizar un seguimiento prolongado y estandarizado para optimizar el pronóstico.

Responsabilidades éticas

Consentimiento informado

Para la elaboración del presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado del paciente y representante legal al ser menor de edad, donde autorizó el uso de sus datos clínicos para fines académicos.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Ninguna declarada por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ^{1.} Lugani G, Rigoni M, Puddu L, Santandrea A, Perusi F, Mercurio D, Cont F, Magnan B, Cortese F. Subtalar dislocation: a narrative review. *Musculoskelet Surg.* 2022 Dec;106(4):337-344. doi: 10.1007/s12306-022-00746-x. Epub 2022 Apr 18. PMID: 35435636; PMCID: PMC9617962.



2. Bibbo C, Lin SS, Abidi N, Berberian WS, Grossman M, Gebauer GP, et al. Missed and associated injuries after subtalar dislocation. *Foot Ankle Int.* 2001 Apr;22(4):324-8. doi:10.1177/107110070102200410.
3. Inokuchi S, Hashimoto T, Usami N. Posterior subtalar dislocation. *J Trauma.* 1997 Feb;42(2):310-3. doi: 10.1097/00005373-199702000-00023. PMID: 9042888.
4. García García D, Rodríguez López E, Pérez Sánchez F, et al. Luxación subastragalina medial abierta. *Soc Méd Cir Ortop Traumatol (SOMACOT).* 2020 Dec 4.
5. Bohay DR, Manoli A 2nd. Occult fractures following subtalar joint injuries. *Foot Ankle Int.* 1996 Mar;17(3):164-9. doi: 10.1177/107110079601700309. PMID: 8919622.
6. Camarda, L., Abruzzese, A., La Gattuta, A. *et al.* Results of closed subtalar dislocations. *Musculoskelet Surg* **100**, 63–69 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12306-015-0380-1>
7. Gómez Alcaraz J, Albiñana J, Prat S, Baixauli E, Martí J, Mas T, et al. Subtalar dislocations: analysis of a case series. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol (Engl Ed).* 2024 Mar;68(2):142-50. doi:10.1016/j.recot.2023.11.011. Epub 2023 Dec 1
8. Latorre Marcos R, Sánchez Saba Javier E, Abrego Mariano O, Díaz Dileria Fernando, De Cicco Franco L, Bilbao Facundo. Luxación periastragalina medial pura: reporte de casos y revisión bibliográfica. *Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol.* [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 14] ; 86(1): 83-90. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-74342021000100083&lng=es. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2021.86.1.1099>.
9. Pesce D, Wethern J, Patel P. Rare case of medial subtalar dislocation from a low-velocity mechanism. *J Emerg Med.* 2011 Dec;41(6):e121-4. doi: 10.1016/j.jemermed.2008.04.049. Epub 2008 Dec 4. PMID: 19062226.
10. Jungbluth P, Wild M, Hakimi M, Gehrman S, Djurisc M, Windolf J, Muhr G, Källicke T. Isolated subtalar dislocation. *J Bone Joint Surg Am.* 2010 Apr;92(4):890-4. doi: 10.2106/JBJS.I.00490. PMID: 20360512.



11. Yung KS, Kwok HM, Pan NY, Lo BA. Acute traumatic subtalar dislocation: A rare but important clinical entity with 15-year retrospective radiological analysis of 23 cases. *J Clin Imaging Sci.* 2024 Aug 16;14:30. doi: 10.25259/JCIS_8_2024. PMID: 39157203; PMCID: PMC11301796.
12. Moita Gonçalves E, Alves B, Antunes F, Vítor Gonçalves J, Aleixo C, Vilaverde D, Mações F, Correia R, Andrade I, Ferreira A. Home-Based Rehabilitation Following Subtalar Dislocation: A Case Report. *Cureus.* 2023 Jul 4;15(7):e41348. doi: 10.7759/cureus.41348. PMID: 37408937; PMCID: PMC10318596.
13. Troiano E, Latino C, Carlisi A, Colasanti GB, Mondanelli N, Giannotti S. Treatment and rehabilitation of subtalar dislocations: A case series and a review of the literature. *Injury.* 2024 Sep;55 Suppl 4:111474. doi: 10.1016/j.injury.2024.111474. PMID: 39542576.
14. Lugani G, Rigoni M, Puddu L, Santandrea A, Perusi F, Mercurio D, Cont F, Magnan B, Cortese F. Subtalar dislocation: a narrative review. *Musculoskelet Surg.* 2022 Dec;106(4):337-344. doi: 10.1007/s12306-022-00746-x. Epub 2022 Apr 18. PMID: 35435636; PMCID: PMC9617962.
15. Xarchas KC, Psillakis IG, Kazakos KJ, Pelekas S, Ververidis AN, Verettas DA. Total talar dislocation: A 10-year follow-up. *Foot Ankle Int.* 2020;41(7):798-805. doi:10.1177/1071100720919682.
16. Garofalo R, Moretti B, Ortolano V, Cariola P, Solarino G, Wettstein M, Mouhsine E. Peritalar dislocations: a retrospective study of 18 cases. *J Foot Ankle Surg.* 2004 May-Jun;43(3):166-72. doi: 10.1053/j.jfas.2004.03.008. PMID: 15181433.
17. Gómez Alcaraz J, et al. Avascular necrosis after talar dislocation: Risk factors and outcomes. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2023;67(5):345-352. doi:10.1016/j.recot.2023.03.002
18. Tochigi Y, Amendola A, Rudert MJ, Baer TE, Brown TD, Hillis SL, Saltzman CL. The role of the interosseous talocalcaneal ligament in subtalar joint stability. *Foot Ankle Int.* 2004 Aug;25(8):588-96. doi: 10.1177/107110070402500813. PMID: 15363382.

se utilizó IA.

